

UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL  
DISTRITO DE PUERTO RICO

Fill in this information to identify the case (Select only one Debtor per claim form). /  
Llene esta información para identificar el caso (seleccione sólo un deudor por formulario de reclamación).

<input type="checkbox"/> Commonwealth of Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03283	Petition Date: May 3, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA) La Corporación del Fondo de Interés Apremiante de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03284	Petition Date: May 5, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Highways and Transportation Authority La Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03567	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico El Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03566	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Electric Power Authority La Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico	Case No. 17-bk-04780	Petition Date: July 2, 2017

2018 JUN 28 A 10:26

RECEIVED

Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modificado

**Proof of Claim / Evidencia de reclamación**

04/16

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form to make a request for payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9). Make such a request according to 11 U.S.C. § 503.

Filers must leave out or redact information that is entitled to privacy or subject to confidentiality on this form or on any attached documents. Attach redacted copies of any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, contracts, judgments, mortgages, and security agreements. Do not send original documents; they may be destroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago en un caso en virtud del Título III. No utilice este formulario para solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que reúna los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b) (9) del U.S.C. Ese tipo de solicitud debe realizarse de conformidad con el Título 11 § 503 del U.S.C.

Quienes presenten la documentación deben omitir o editar información que reúna los requisitos para ser tratada con privacidad o confidencialidad en este formulario o en cualquier otro documento adjunto. Adjunte copias editadas de cualquier otro documento que respalde la reclamación, tales como pagarés, órdenes de compra, facturas, balances detallados de cuentas en funcionamiento, contratos, resoluciones judiciales, hipotecas y acuerdos de garantías. No adjunte documentos originales, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de analizarlos. En caso de que los documentos no estén disponibles, explique los motivos en un anexo.

Fill in all the information about the claim as of the Petition Date.

Complete toda la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.

**Part 1 / Parte 1**

**Identify the Claim / Identificar la reclamación**

1. Who is the current creditor?

¿Quién es el acreedor actual?

Clotilde Hernández Delfi

Name of the current creditor (the person or entity to be paid for this claim)  
Nombre al acreedor actual (la persona o la entidad a la que se le pagará la reclamación)

Other names the creditor used with the debtor  
Otros nombres que el acreedor usó con el deudor

2. Has this claim been acquired from someone else?  ¿Esta reclamación se ha adquirido de otra persona?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. From whom? Sí. ¿De quién? _____	
3. Where should notices and payments to the creditor be sent?  Federal Rule of Bankruptcy Procedure (FRBP) 2002(g)  ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor?  Norma federal del procedimiento de quiebra (FRBP, por sus siglas en inglés) 2002(g)	Where should notices to the creditor be sent? ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor?  Clotilde Hernández Delfi Name / Nombre  PO Box 180 Number / Número Street / Calle  Patillas PR 00723 City / Ciudad State / Estado ZIP Code / Código postal  787-240-5659 Contact phone / Teléfono de contacto  _____ Contact email / Correo electrónico de contacto	Where should payments to the creditor be sent? (if different) ¿A dónde deberían enviarse los pagos al acreedor? (En caso de que sea diferente)  _____ Name / Nombre  _____ Number / Número Street / Calle  _____ City / Ciudad State / Estado ZIP Code / Código postal  _____ Contact phone / Teléfono de contacto  _____ Contact email / Correo electrónico de contacto
4. Does this claim amend one already filed?  ¿Esta reclamación es una enmienda de otra presentada anteriormente?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Claim number on court claims registry (if known) Sí. Número de reclamación en el registro de reclamaciones judiciales (en caso de saberlo) Filed on / Presentada el 28-june-2018 (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)	
5. Do you know if anyone else has filed a proof of claim for this claim?  ¿Sabe si alguien más presentó una evidencia de reclamación para esta reclamación?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Who made the earlier filing? Sí. ¿Quién hizo la reclamación anterior? _____	

**Part 2 / Parte 2:**

**Give Information About the Claim as of the Petition Date**

**Complete toda la información acerca de la reclamación desde la fecha en la que se presentó el caso.**

6. Do you have a claim against a specific agency or department of the Commonwealth of Puerto Rico?  ¿Tiene una reclamación en contra de algún organismo o departamento específico del Estado Libre Asociado de Puerto Rico?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Identify the agency or department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: <a href="https://cases.primeclerk.com/puertorico/">https://cases.primeclerk.com/puertorico/</a> .) Sí. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico está disponible en: <a href="https://cases.primeclerk.com/puertorico/">https://cases.primeclerk.com/puertorico/</a> .)  Departamento de Educación
7. Do you supply goods and / or services to the government?  ¿Proporciona bienes y / o servicios al gobierno?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Provide the additional information set forth below / Sí. Proporcionar la información adicional establecida a continuación:  Vendor / Contract Number   Número de proveedor / contrato: _____  List any amounts due after the Petition Date (listed above) but before June 30, 2017: Anote la cantidad que se le debe después de la fecha que se presentó el caso (mencionados anteriormente), pero antes del 30 de junio de 2017 \$ _____



12. Is this claim subject to a right of setoff?

☒ No / No

☐ Yes. Identify the property /  
Sí. Identifique el bien: \_\_\_\_\_

¿La reclamación está sujeta a un derecho de compensación?

13. Is all or part of the claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9)?

☒ No / No

☐ Yes. Indicate the amount of your claim arising from the value of any goods received by the debtor within 20 days before the Petition Date in these Title III case(s), in which the goods have been sold to the debtor in the ordinary course of such debtor's business. Attach documentation supporting such claim. \$ \_\_\_\_\_

¿La reclamación, total o parcial, cumple los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b)(9) del U.S.C.?

Sí. Indique el importe de la reclamación que surge del valor de cualquier bien recibido por el deudor dentro de los 20 días anteriores a la fecha de inicio en estos casos del Título III, en el que los bienes se han vendido al deudor en el transcurso normal de los negocios del deudor. Adjunte la documentación que respalda dicha reclamación.

**Part 3 / Parte 3:**

**Sign Below / Firmar a continuación**

The person completing this proof of claim must sign and date it.  
FRBP 9011(b).

If you file this claim electronically, FRBP 5005(a)(2) authorizes courts to establish local rules specifying what a signature is.

La persona que complete esta evidencia de reclamación debe firmar e indicar la fecha.  
FRBP 9011(b).

Si presenta esta reclamación de manera electrónica, la FRBP 5005(a)(2) autoriza al tribunal a establecer normas locales para especificar qué se considera una firma.

Check the appropriate box / Marque la casilla correspondiente:

☒ I am the creditor. / Soy el acreedor.

☐ I am the creditor's attorney or authorized agent. / Soy el abogado o agente autorizado del acreedor.

☐ I am the trustee, or the debtor, or their authorized agent. Bankruptcy Rule 3004. / Soy el síndico, el deudor o su agente autorizado. Norma de quiebra 3004.

☐ I am a guarantor, surety, endorser, or other codebtor. Bankruptcy Rule 3005. / Soy el garante, fiador, endosante u otro codeudor. Norma de quiebra 3005.

I understand that an authorized signature on this *Proof of Claim* serves as an acknowledgment that when calculating the amount of the claim, the creditor gave the debtor credit for any payments received toward the debt.

Comprendo que una firma autorizada en esta *Evidencia de reclamación* se considera como un reconocimiento de que al calcular el importe de la reclamación, el acreedor le proporcionó al deudor crédito para todo pago recibido para saldar la deuda.

I have examined the information in this *Proof of Claim* and have a reasonable belief that the information is true and correct.

He leído la información en esta *Evidencia de reclamación* y tengo motivos razonables para suponer que la información es verdadera y correcta.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. / Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es verdadero y correcto.

Executed on date / Ejecutado el \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)

Signature / Firma

Clotilde Hernández Delfi

Print the name of the person who is completing and signing this claim / Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que completa y firma esta reclamación:

Name

Clotilde

Hernández Delfi

First name / Primer nombre

Middle name / Segundo nombre

Last name / Apellido

Title / Cargo

Consejera profesional

(Jubilada)

Company / Compañía

Departamento de Educación

Identify the corporate servicer as the company if the authorized agent is a servicer.

Identifique al recaudador corporativo como la compañía si el agente autorizado es un recaudador.

Address / Dirección

P.O Box 180

Number / Número

Street / Calle

Patillas

City / Ciudad

PR

State / Estado

00723

ZIP Code / Código postal

Contact phone / Teléfono de contacto 787-240-5659 Email / Correo electrónico \_\_\_\_\_

8. How much is the claim?  ¿Cuál es el importe de la reclamación?	\$ <u>Monto indeterminado</u>	Does this amount include interest or other charges? ¿Este importe incluye intereses u otros cargos? <input type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Attach statement itemizing interest, fees, expenses, or other charges required by Bankruptcy Rule 3001(c)(2)(A). Sí. Adjunte un balance con intereses detallados, honorarios, gastos u otros cargos exigidos por la Norma de Quiebras 3001(c)(2)(A).
9. What is the basis of the claim?  ¿Cuál es el fundamento de la reclamación?	<p>Examples: Goods sold, money loaned, lease, services performed, personal injury or wrongful death, or credit card. Attach redacted copies of any documents supporting the claim required by Bankruptcy Rule 3001(c). Limit disclosing information that is entitled to privacy, such as health care information.</p> <p>Por ejemplo: Venta de bienes, préstamo de dinero, arrendamiento, prestación de servicios, lesiones personales u homicidio culposo, o tarjetas de crédito. Adjunte copias editadas de cualquier documento que respalde la reclamación conforme a lo exigido por la Norma de Quiebras 3001(c). Limite la divulgación de información que reúne los requisitos para ser tratada con privacidad, tal como información sobre atención médica.</p> <p><u>Pasos por años de servicios</u></p>	
10. Is all or part of the claim secured?  ¿La reclamación está garantizada de manera total o parcial?	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. The claim is secured by a lien on property. Sí. La reclamación está garantizada por un derecho de retención sobre un bien.</p> <p>Nature of property / Naturaleza del bien: <input type="checkbox"/> Motor vehicle / Vehículos <input type="checkbox"/> Other. Describe: Otro. Describir: _____</p> <p>Basis for perfection / Fundamento de la realización de pasos adicionales: _____</p> <p>Attach redacted copies of documents, if any, that show evidence of perfection of a security interest (for example, a mortgage, lien, certificate of title, financing statement, or other document that shows the lien has been filed or recorded.) Adjunte copias editadas de documentos, si los hubiere, que demuestre la realización de pasos adicionales para hacer valer un derecho de garantía (por ejemplo, una hipoteca, un derecho de retención, un certificado de propiedad, una declaración de financiamiento u otro documento que demuestre que se ha presentado o registrado un derecho de retención.</p> <p>Value of property / Valor del bien: \$ _____ Amount of the claim that is secured / Importe de la reclamación que está garantizado: \$ _____ Amount of the claim that is unsecured / Importe de la reclamación que no está garantizado: \$ _____ (The sum of the secured and unsecured amounts should match the amount in line 7.) (La suma del importe garantizado y no garantizado debe coincidir con el importe de la línea 7.) Amount necessary to cure any default as of the Petition Date / Importe necesario para compensar toda cesación de pago a la fecha que se presentó el caso : \$ _____</p> <p>Annual Interest Rate (on the Petition Date) Tasa de interés anual (cuando se presentó el caso) _____ % <input type="checkbox"/> Fixed / Fija <input type="checkbox"/> Variable / Variable</p>	
11. Is this claim based on a lease?  ¿Esta reclamación está basada en un arrendamiento?	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Amount necessary to cure any default as of the Petition Date. Sí. Importe necesario para compensar toda cesación de pago a partir de la que se presentó el caso \$ _____</p>	



Rev. GIFT 10-OCT-08



Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
Sistema de Retiro para Maestros



Mes-Día-Año  
Fecha Radicación  
30-nov-11  
Fecha Vencimiento  
18-jul-12

Núm de Caso

1441

## INFORME RENTA ANUAL VITALICIA

HERNANDEZ DELFI, CLOTILDE

Apellido Paterno, Materno, Nombre e Inicial

Seguro Social

Sexo ☒ Femenino  
☐ Masculino

28-may-1955

Fecha Nacimiento  
Mes-Día-Año

YABUGOA - CONSEJERO ESCOLAR

Categoría y Pueblo

Ley 91 del 2004

Retiro Ley Núm.

Dirección Postal PO BOX 180

PATILLAS PR 00723

Tipo de Renta (Pensión)

☒ Años de Servicio y Edad☐ Edad☐ Diferida☐ Incapacidad Ocupacional☐ Incapacidad No Ocupacional

Edad al Retirarse

57 0 3  
Años Meses Días

Servicios Acreditados

33 6 2 0  
Años Meses Sem Días

Costo Anualidad

\$ 70,806.16

Renta

Mensual Anual  
\$ 2,396.25 \$ 28,755.00

Fecha de Renuncia 31-may-12

Último Día de Pago 31-may-12

Fecha Efectividad Pensión 1-jun-12

Cierre de Nómina 30-jul-12

Fecha Primer Pago Pensión 15-AGO-12

Importe \$ 2,396.25

Pago Global Retroactivo Desde 1-jun-12

Hasta 31-jul-12

Importe Total \$ 4,792.50

## DESCGLOSE DE DESCUENTOS

Importe Total (Bruto)

PAGO GLOBAL

PAGO MENSUAL

\$ 4,792.50

\$ 2,396.25

Menos Descuentos:

Préstamos:

Clave

Descuento

Descuento

Personal (PP)

47-000

641.68

320.94

Cultural (PC)

45-000

Hipotecario (PH)

36-000

Finanzas

67-059

Aport. Individual 9% (Clave 26-001)

ASUME

Otros

Importe Neto

\$ 4,150.82

\$ 2,075.41

Bonos:

☒ Bono Verano (PBV)

\$ 100.00

☒ Bono Medicamentos (PBM)

\$ 100.00

☐ Bono Navidad (BNP)

Certifico que la información aquí provista es cierta, correcta y completa.

ANNIE RIVERA CANALES

Nombre del Empleado

26-JUNIO-2012

Firma

NORMA I. PEÑA AGOSTO

Nombre Supervisor

Firma

Fecha

## PREINTERVENCIÓN DE DOCUMENTOS

## USO DIRECTOR(A) AREA RETIRO

Verificación de:

☒ Exactitud☒ Legalidad☒ Firmas☐ Otros

AREA DE RETIRO  
DOCUMENTOS PREINTERVENIDOS

JUL 6 - 2012

NOMBRE:

FIRMA:

Aprobado por:

IVONNE L. ORTIZ VALLADARES

Nombre Director(a) o Representante Autorizado

Firma

Fecha

Mes-Día-Año

## USO AREA DE PENSIONADOS (Sección Nóminas)

Ingreso a Nómina Mes

☒ 1ra ☐ 2da

Nómina Pago Global Mes

☒ 1ra ☐ 2da

Nombre Empleado

Nombre Empleado

Firma

Fecha (Mes-Día-Año)

Firma

Fecha (Mes-Día-Año)

Jorge L. Serrano Cruz

Nombre Supervisor

Firma

Fecha (Mes-Día-Año)



Rev. GIFT 10-OCT-08		Estado Libre Asociado de Puerto Rico Sistema de Retiro para Maestros				Mes-Día-Año Fecha Radicación <b>30-nov-11</b> Fecha Vencimiento <b>18-jul-12</b>					
Núm de Caso <b>1441</b>		<b>INFORME RENTA ANUAL VITALICIA</b>									
Página 2											
<b>HERNANDEZ DELFI, CLOTILDE</b> Apellido Paterno, Materno, Nombre e Inicial											
Seguro Social		28-may-1955 Fecha Nacimiento <small>Mes-Día-Año</small>		YABUCOA - CONSEJERO ESCOLAR Categoría y Pueblo							
<b>COMPUTO RENTA ANUAL</b>											
A. \$ 9,585.00 / 3 = \$ 3,195.00 x 75.0% = \$ 2,396.25 <small>Sueldos más altos años Promedio Sueldos Por Ciento</small>											
B. Ajuste de 0% x 0% = \$ - <small>APORTACIÓN INDIVIDUAL 0%</small>											
C. Pensión Ajustada x 12 = \$ - <small>\$ - x 0% = \$ -</small>											
<b>TIEMPO</b>			<b>PROMEDIO DE SUELDOS</b>			<b>COMPUTO EDAD RETIRO</b>					
Meses	Días		Mensual	Devengado	Promedio	Fecha	Años	Meses	Días		
	Trabajados	Total				Efectividad Pensión	2012	6	1		
12	0	20	\$ 3,195.00	\$ 38,340.00		Nacimiento	1955	5	28		
0	0	20	\$ -	\$ -							
0	0	20	\$ -	\$ -							
0	0	20	\$ -	\$ -							
0	0	20	\$ -	\$ -							
0	0	20	\$ -	\$ -	\$ 3,195.00	Edad al Retirarse	57	0	3		
12	0	20	\$ 3,195.00	\$ 38,340.00							
0	0	20	\$ -	\$ -							
0	0	20	\$ -	\$ -							
0	0	20	\$ -	\$ -							
0	0	20	\$ -	\$ -							
0	0	20	\$ -	\$ -	\$ 3,195.00	<b>Fracción de Tiempo Docente</b>					
						Años	0	x	240	=	-
						Meses	0	x	20	=	-
						Semanas	0	x	5	=	-
						Días	0	x	1	=	-
						0.0000					
12	0	20	\$ 3,195.00	\$ 38,340.00		<b>Fracción de Tiempo No-Docente</b>					
0	0	20	\$ -	\$ -		Años	0	x	365	=	-
0	0	20	\$ -	\$ -		Meses	0	x	30	=	-
0	0	20	\$ -	\$ -		4 Sem	0	x	29	=	-
0	0	20	\$ -	\$ -		3 Sem	0	x	22	=	-
0	0	20	\$ -	\$ -		2 Sem	0	x	15	=	-
0	0	20	\$ -	\$ -		1 Sem	0	x	7	=	-
0	0	20	\$ -	\$ -		Días	0	x	1	=	-
0	0	20	\$ -	\$ -	\$ 3,195.00	0.0000					
0	0	20	\$ -	\$ -		<b>DATOS APORTACIÓN 9%</b>					
0	0	20	\$ -	\$ -		Fecha Cese Descuento					
0	0	20	\$ -	\$ -		Preparado por:					
0	0	20	\$ -	\$ -		Nombre					
0	0	20	\$ -	\$ -		Firma	Fecha				
0	0	20	\$ -	\$ -		Revisado por:					
0	0	20	\$ -	\$ -		Nombre					
0	0	20	\$ -	\$ -		Firma	Fecha				
Sueldo Total para Promedio			\$ 115,020.00	\$ 9,585.00							
<b>Servicios Acreditados</b>											
Años	Meses	Sem	Días								
33	6	2	0								




**GOBIERNO DE PUERTO RICO**  
**Sistema de Retiro para Maestros**

**CERTIFICACIÓN**

Certifico la siguiente información referente a la pensión de la **Prof. Clotilde Hernandez Delfi**, con número de seguro social que termina en **4368**.

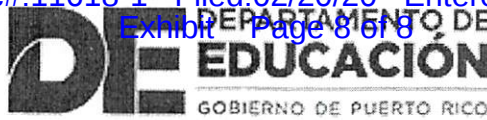
<b>Fecha de Efectividad de la Pensión</b>	<b>1 de junio de 2012</b>
<b>Tiempo Cotizado para la Pensión</b>	<b>33 años, 6 mes, 2 sem., 0 día</b>
<b>Pensión Mensual Inicial</b>	<b>\$2,396.25</b>
<b>Pensión Mensual Actual</b>	<b>\$2,396.25</b>

Esta certificación se expide hoy, **6 de febrero de 2020** en **San Juan, Puerto Rico**.

  
**Edgardo J. Negrón Ramírez**  
**Supervisor**  
**Área de Servicios de Retiro**

235 Avenida Arterial Hostos • Edificio Capital Center • Torre Norte, Hato Rey • Puerto Rico  
00918 P.O. Box 191879 • San Juan PR 00919-1879





## DEPARTAMENTO DE EDUCACION

Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Secretaría Auxiliar de Recursos Humanos

6 de febrero de 2020

### **CERTIFICACION**

Certifico que	:	CLOTILDE HERNANDEZ DELFI
Seguro Social	:	
Categoría	:	CONSEJERO ESCOLAR
Distrito Escolar	:	PATILLAS_
Sueldo Mensual	:	\$3,195.00
Status	:	PERMANENTE
Observaciones	:	
Trabaja	:	N/A
Cesó	:	N/A
Renunció	:	Efectivo el 31 de mayo de 2012
Otros	:	Nuestro Sistema de Recursos Humanos refleja que trabajó para ésta Agencia por un periodo de 34 años, 2 meses y 1 día.

  
Cándida R. Chico Montañez  
Supervisora  
Archivo Docente